Ueber
das gleichzeitige Vorkommen
von
Myom und Carcinom in utero.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR

ERLANGUNG DER DOKTORWÜRDE

DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FAKULTÄT

DER

KÖNIGL. FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT

ZU BERLIN

VON

CH. LEKACHOWITSCH

AUS GOMEL (RUSSLAND)

Tag der Promotion 15 August 1913

BERLIN 1913

DRUCK VON CARL SIEBERT'S BUCHDRUCKEREI, ELSASSERSTR. 54

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof Dr. **Franz.**

Dem Andenken meiner lieben Mutter
und meines teuren Bruders Schachno.

Die auffallende Häufigkeit der Uterusmyome ist eine längst bekannte Tatsache in den Gynäkologie. Die myomatösen Uteri liefern in den sämtlichen gynäkologiscsen Kliniken einen beträchtlichen Prozentsatz der Frauenleiden überhaupt. Nach den statistischen Angaben von Bayle (1) leiden 20 % der jenseits des 35. Lebensjahres stehenden Frauen an Uterusmyom. Hofmeier zählt unter 11 073 Kranken im ganzen 486 mit Myom behaftete, = 4,3 %, dagegen unter 1513 seiner Privatpraxis 147, = 9,7 % Myomkranke. In der Münchener Klinik (v. Winkel und Döderlein) waren unter 3596 Kranken 180, = 5 % Myomkranke. In der Freiburger Klinik entfielen in den Jahren 1904 bis 1911 auf 5880 klinische Kranke 391 Myomoperationen (1). Hertel (2) fand unteer 18 253 (9073 priv. und 9150 poliklin. Kranke) 1100 Fälle mit Myom, also übeer 6 % der Fälle.

Wenn auch im allgemeinen die Uterusmyome, wie alle Myome überhaupt, einen gutartigen Charakter besitzen, so können sie doch mitunteer gefahrdrohend werden. Abgesehen davon, daß manche Uterusmyome, besonders die submulösen, zu heftigen Meno- resp. Metrorrhagien führen, wissen wir nun vielmehr, daß sie in etwa 2 bis 3 % der Fälle der sarkomatösen Degeneration verfallen oder sich mit Carcinom vergesellschaften können. „Wenige Geschwülste“ — sagt Hertel (2) — „werden in gleicher Weise so oft von verschiedenen Veränderungen getroffen, als gerade die Myome. Ebenso finden wir selten so viele Nebenerkrankungen anderer Organe und Nebenbeschwerden, als bei Myomen.“ Nur die Vergesellschaftung des Uterusmyoms mit Krebs soll uns an dieser Stelle beschäftigen.

Das Karcinom des Uterus, bes. des Collum uteri, stellt die häufigste krebsige Erkrankung der inneren Organe der

Frau überhaupt dar. Wenn es auch nicht so häufig, wie das Myom auftritt, so ist es doch ein viel ernsteres Leiden und bei weitem verhängnisvoller für die von ihm betroffene Frau, als das letztere. Einige statistische Zahlen (1) mögen ein Urteil über die Häufigkeit und Wichtigkeit dieser Krankheit liefern. In Deutschland erkranken jährlich an Uteruscarcinom ca. 10 000 bis 15 000 Frauen. In Bayern sterben nach Klein 2000 Frauen jährlich an Uteruskrebs. In der Wiener Klinik Chorbaks fanden sich unteer 60 000 gynäkologischen Kranken 1808 mit Uteruscarcinom, d. i. ca. 3 %, Runge verzeichnet in der Göttinger Klinik 6,47 %, Döderlein in Tübingen 9,14 %, in München 6 %. In der Frauenklinik der Charité (3) fanden sich unter 4430 Fällen 247 mit Uteruskrebs, also in 5,5 %. Die Todesursache ist nach Simmouds (1) bei den Frauen mit Genitalkrebs überhaupt in 17 %.

Nun ist seit einer Reihe von Jahren die merkwürdige Erscheinung aufgefallen, daß sich am Uterus nicht selten eine Art Kombination von Myom und Carcinom vorfindet. Und zwar der Umstand, daß diese Kombination mit besonderer Vorliebe ihren Sitz am Corpus uteri hat, war es, der gerne die Aufmerksamkeit der Gynokologen auf sich lenkte. Während sonst das Corpuscarcinom einen relativ nur geringen Bruchteil der Uteruskarcinome überhaupt ausmacht, wird es nach sämtlich Statistiken ungemein häufiger bei Kombination mit Myom. Allerdings sind die statistischen Angaben verschiedener Autoren, wie wir nachher sehen werden, in dieser Beziehung nicht ganz übereinstimmend, gehen jedoch alle dahin, daß das Verhältnis des Corpus- und Collumcarcinoms zueinander in myomatösen Uteris sich ganz anders gestaltet, als in den reinen Fällen.

Im allgemeinen kann man sagen, daß die Häufigkeit des Funduscarcinoms gegenüber dem Collumkrebs 10 % beträgt. In den Fällen aber, wo das Carcinom sich zu gleicher Zeit mit Myom findet, wird dieses Häufigkeitsverhältnis insofern umgeändert, daß dessen Vorkommen am Fundus bald dem am Collum sich nähert, bald sogar übertrifft.

Wir sehen also, daß die Sache in diesen Fällen nicht ganz

einfach liegt, daß von einer bloßen Zufälligkeit dieser Erscheinung, die sich ja mit unverkennbarer Regelmäßigkeit immer wiederholt, gar nicht die Rede sein kann.

Nun müssen wir uns die Frage vorlegen: Wie kommt denn das zustande? Gibt es denn irgendwelche Ursachen besonderer Art, die uns etwa diese merkwürdige Tatsache erklären könnten?

Um diese Frage herum hat sich allmählich ein sehr großes Feld für Diskussionen verschiedener Art ausgebildet. Es wird hierüber in der Gynäkologischen Literatur vielfach debattiert, es werden Ansichten und Hypothesen ausgesprochen, die nicht nur keine Einheit zulassen, sondern sich ja mitunter gegenseitig ausschließen. So vertritt z. B. Theilhaber (5), im Gegensatz zu anderen Autoren, die Ansicht, es habe das Uterusmyom mit dem eventuell zu gleicher Zeit vorkommenden Funduskrebs gar nichts zu tun. Anläßlich der vier von Mirabeau in der Münchener Gynäkologischen Ges. vorgeführten Fälle, wo es sich um Corpuscarcinom, kombiniert mit Myom, handelte, lesen wir folgende Diskussion von Theilhaber:

„Das Vorhandensein von Myom und Carcinom am Uterus in den hier demonstrierten Fällen, ist kein Gegenbeweis gegen meine Behauptung, daß zwischen Myomen und Carcinomen ein gewisser Antagonismus besteht. Hier handelte es sich um Frauen in den sechzigeer Jahren, die Myomen waren ganz gewiß in den dreißiger oder vierziger Jahren schon entstanden, als der Uterus noch hyperämisch war. Das Carcinom wuchs dagegen erst in den sechziger Jahren, als der Uterus hochgradig anämisch war.“

Allerdings spricht sich auch Theilhaber mit gewisser Vorsicht aus, indem er fernerhin sagt:

„Beweisend gegen meine Lehre wäre höchstens das Zusammentreffen von Myom und Corpuskarcinom bei Frauen vor dem Klimakterium, wenn ein solches Zusammentreffen wirklich in größerer Anzahl beobachtet wäre.“

Nach Theilhabers Lehre von der Entstehung der Uterustumoren sollen die Myome in Zusammenhang stehen mit der

besseren Beschaffenheit des Blutes und seiner lebhafteren Zirkulation, aus welchem Grunde sie auch vorwiegend bei relativ jungen Frauen und am hyperämisierten Corpus uteri vorkommen, während umgekehrt die Carcinome ihren Sitz hauptsächlich am anämischen Collum haben, bei mehrgebärenden nicht selten von den narbigen Stellen der Portiv ausgehend, und im vorgerückten Alter auch am Corpus, das zur Zeit seiner Involution hochgradig anämisch wird. Außerdem sollen die Myome häufig bei besser situierten Frauen vorkommen, die Krebse dagegen häufiger in ärmeren Ständen, bei arbeitenden Frauen usw. Es ist natürlich klar, daß nach dieser Anschauung der Zusammenhang zwischen Myom und Krebs, die ja ihre Entstehung ganz entgegengesetzten Ursachen verdanken, undenkbar sein muß.

Andere Autoren, wie Koblank, Amos (6), wenn sie auch nicht abgeneigt sind, den Zusammenhang zwischen beiden in Frage kommenden Neubildungen am Uterus anzuerkennen, bezweifeln nur die Möglichkeit der Entstehung des Krebses durch bloßen Druck seitens des Myoms, wie manche diesen Vorgang erklären wollen (Flaischlen).

Die meisten Autoren, in deren Reihen sich auch Winter, Olshausen und andere erfahrene Beobachter befinden, sind jedoch zu der Ueberzeugung gekommen, es müsse irgendeine Beziehung vorhanden sein zwischen Uterusmyom und gleichzeitig vorkommendem Corpuscarcinom. Wodurch aber diese Erscheinung bedingt sein möge, ob diese auffallende Beziehung zwischen den beiden Neubildungen lediglich auf den permanenten Reiz seitens des Myoms zurückzuführen sei oder irgendwie anders — diese Frage erscheint vorläufig ebenso hypothetisch, wie die Frage von der Entstehung der Geschwülste überhaupt. Allerdings fehlt es auch nicht an Autoren, die die Entwicklung des Carcinoms im Myomgewebe selbst sehen wollen (Baber, Schaper). Es ist sogar ein Fall von sag. „Myocarcinom“ bekannt, der eine direkte Umwandlung des Myomgewebes ins Carcinomgewebe darstellen soll. Dieser Fall von Liebmann steht allerdings als Unikum in der Literatur (7). uns ist an dieser Stelle die Tatsache des gleichzeitigen Vor-

Vorkommens beider Tumoren von größerer Wichtikeit. Häufigr werden der Corpuscarcinome in den mit Myom behafteten Uteris ist ja eine Tatsache, die auf unzweideutigen statistischen Beobachtungen beruht.

Im Handbuch der operativen Gynäkologie von Döderlein und Krönig lesen wir folgendes:

„Das Carcinom propft sich gwöhnlich auf ein Myom auf, d. h. es handelt sich nicht um eine eigentliche carcinomatöse Degeneration eines Myoms, sondern um die Entstehung einer Miichgeschwulst von Myom in Uteruswand und Carcinom des Endometriums. Ganz auffallend tritt die relative Häufigkeit der Kombination von Corpuscarcinom mit Myom zutage."

Wie schon früher erwähnt wurde, ist in derartig kombinierten Fällen nach diesen Autoren das Verhältnis zwischen Corpuskrebs zu Collumcarcinom wie 1 : 6, während sonst dies Verhältnis wie 1 : 15 ist, woraus sie den Schluß ziehen, daß der innere Zusammenhang zwischen Myom und Corpuscarcinom unverkennbar sei.

Aehnlich wird diese Erscheinung auch von Georg Winter aufgefaßt:

„Das Myom hat große Neigung zu sekundärer Degeneration, weil der Uterus als sein Mutterboden sehr häufig Ernährungsstörungen und Erkrankungen ausgesetzt ist, welche zur Beeinträchtigung des Lebens der Geschwulst führen können. Das Carcinom kombiniert sich mit dem Myom nicht zufällig. sondern hat mit ihm einen inneren Zusammenhang; denn es kommt bei gleichzeitiger Anwesenheit eines Myoms unendlich viel häufiger vor, als ohne dasselbe; weil das Corpuscarcinom beinahe ebenso häufig ist, als das Cervixcarcinom bei Myom sich findet, während sonst das Cervixcarcinom ungefähr 15 mal häufiger ist, als das Corpuscarcinom, so muß die Neigung des Myoms, einen Corpuskrebs hervorzurufen, besonders groß sein." (4)

An der Hand von 753 Fällen konnte Winter die Häufigkeit der Kombination von Myom mit Krebs auf 5 % schätzen, und zwar bei subserösen Myomen in 2 %, bei interstitiellen in 4 % und bei submucösen in 8,7 %.

„Ein Zusammenhand beider Neubildungen„ — sagt Winter ferner (7) — „wird wahrscheinlicher, wenn sie sich beide am Corpus entwickeln. Gegen eine zufällige Kombination in diesen Fällen spricht die Tatsache, daß unter 36 Fällen sich in 23 neben dem Myom Corpuscarcinom befand, während das Collumcarcinom bloß mit 13 Fäll envertreten war." . . .

„Zunächst liegt es auf der Hand, daß Myome des Corpus, wenn sie ganz vom Carcinom umwuchert werden, schließlich selbst ergriffen werden und degenerieren, wenn man auch betonen muß, daß die Ausbreitung desselben in dem Myom sehr langsam und schwierig vor sich geht. Das Myom wird am häufigsten durch den Corpuskrebs secundär von der Schleimhaut her ergriffen, deshalb sind die nach dem Cavum zu gelegenen Abschnitte des Myoms gewöhnlich am weitesten degeneriert. Die dos Myom überziehende Schleimhaut ist wegen der hochgradigen adenomotösen Veränderungen sogar besonders zum Krebs disponiert. Zuweilen wird beobachtet, daß auch die gegenüberliegende Corpusschleimhaut, namentlich bei krebsig erkrankten submucösen Myomen, carcinomatös degenegiert, so daß man, ähnlich wie beim Magencarcinom, zuweilen von einer Kontaktinfektion sprechen kann."

Winter findet, daß unter 2331 Carcinomfällen, welche aus der Beobachtung von fünf Kliniken stammen (Hofmeier, Küstner, Winter usw.), 151 Corpuskrebs waren, d. h. es kam 1 Corpuskrebs auf 25 Collumcarcinome. Dagegen in 131 Fällen von Carcinom bei Myom waren 70 Corpuskrebse, d. h. auf 0,6 Collum kam 1 Corpuscarcinom.

Nach einer anderen Sammelstatistik von Hofmeier, Fehling und Winter kommt bei 1607 Myomen 20 mal Corpuskrebs, d. h. in 1,2 % der Fälle, während die Sammelstatistik von Hofmeier, Freund und Winter auf 1270 Fälle 25 mal Carcinoma colli = 2 % ergibt, also die Häufigkeit des Carcinoma corporis bei Myom, nähert sich bloß der des Carcinoma colli.

„Es ist wohl kaum zu bezweifeln" — lesen wir weiter —, „daß das Bindeglied zwischen beiden Corpusneubildungen in dem hyperplastischen Zustand der Schleimhaut liegt, welche wir als eine Folge des Myoms ansehen." Autor warnt daher

vor Vernachlässigungen des Myoma uteri wegen seiner gewissen Beziehung zum Carcinom und Sarkom, welche ihm ganz den Charakter einer malignen Geschwulst verleihen kann (7).

Nicht weniger interessant ist die Auffassung in dieser Beziehung von Olshausen (8), die sich ebenfalls auf sorgfältige statistische Angaben stützt:

„Handelt es sich um ein Carcinoma colli, so können wir dies auch nur als ein zufälliges Zusammentreffen von Carcinom und Myom an demselben Organ auffassen, was bei der Häufigkeit beider Veränderungen nichts Auffälliges hat. Anders scheint die Sache zu sein, wenn ein Carcinoma corporis sich findet. Die Häufigkeit dieser Kombination ist eine so große, daß man zu dem Verdacht eines Zusammenhanges unwillkürlich gedrängt wird. Für mich besteht seit längerer Zeit kein Zweifel mehr, daß Myomentzündung zur Bildung eines Carcinoma corporis führen kann. Dies ist ja auch bei der Häufigkeit, mit welcher Myome zu endometritischer Wucherungen führen können, ganz begreiflich, wenn man die Umwandlung hyperplastischer Wucherungen der Uterusschleimhaut in carcinomatöse für möglich hält. Daß aber solche Umwandlungen gerade in der Uterusschleimhaut bisweilen vorkommen, daran zweifle ich nach Beobachtungen von Fällen, die ich viele Jahre lang verfolgt habe, nicht mehr."

Olshausen führt dabei folgende Sammelstatistik verschiedener Autoren an:

Carbe	sah in	279	Myomfällen	2 Corpuscare
Fehling	„ „	409	„	1 „
Lauwers	„ „	200	„	2 „
Winter	„ „	753	„	10 „
Hofmeier	„ „	445	„	9 „
Döderlein	„ „	233	„	3 „
Bovée	„ „	1398	„	32 „
Haultain	„ „	120	„	5 „
Olshausen	„ „	177	„	21 „
		4014		85 = 2,1%

Olshausen betont, daß, wenn jeder extirpierte myomatöse Uterus genau auf Carcinom untersucht wird, so kommt man auf 10 % und mehr der Myomfälle, die mit Corpuskrebs kompliziert sind. Die Häufigkeit des Collumcarcinoms schätzt Olshausen auf 2 %.

„Wenn dagegen" — behauptet Olshausen — „unter Carcinomen bei Myom die Corpuskrebse mehr als 50 % ausmachen, so schließe ich daraus, daß ein naher Zusammenhang zwischen Myom und Corcinoma Corporis besteht und dieser kann nur der sein, daß das Myom geneigt ist, im Corpus Carcinom hervorzurufen."

Zugunsten dieser Auffassung über die in Rede stehende eigentümliche Kombination liegen noch eine Reihe von Aeußerungen seitens zahlreicher Gynäkologen vor, von denen ich nur noch einige anführen will.

Flaischlein (6): „Ich glaube, daß die Annahme nicht ganz von der Hand gewiesen werden kann, daß dieser dauernde Druck des Myoms, welches der Uteruswand innig anliegt, den Reiz abgegeben haben kann, der zur Entwicklung des Schleimhautcarcinoms geführt hat."

Paul Kubinyi (9) berichtet über 5 von ihm beobachtete Fälle, wo es sich ebenfalls um derartige Kombinationen handelte, und äußert sich dabei folgendermaßen:

„Ich will mit meinen Fällen beweisen, daß die maligne Degeneration bzw. Kombination, wenn sie auch selten vorkommt, doch ein solcher Faktor ist, mit welchem gerechnet werden muß daß ferner das Alter des Klimakteriums nicht immer die Zeit der Erlösung ist, ja bezüglich der in Rede stehenden Entartung bzw. Komplikationen sogar als kritisch bezeichnet werden muß. Vergesellschaftung mit Carcinom kommt nur dadurch zustande, daß auf ein Myom das Carcinom bloß von der Schleimhaut herübergreifen kann."

Autor weist zum Schluß darauf hin, daß das lang dauernde Vorhandensein eines submucösen oder intromuralen Myoms im Corpus uteri bis zu einem gewissen Grade eine Disposition der Schleimhaut zu carcinomatöser Degeneration verursacht.

Hertel (2) betont ausdrücklich, das, während bei Uteruscarcinom allein ein wesentliches Ueberwiegen der Collumkrebse gegenüber den Corpuscarcinomen, sich das Bild sofort ändert beim Hinzutreten von Myomen.

„Bei unserem Material" — berichtet Autor — „sind bei 1100 zu Gesicht gekommenen Myomen 8 mal Carcinoma colli zu verzeichnen. Dagegen kommen auf die 468 operierten Myome allein 16 Corpuscarcinome, also im Verhältnis viermal so viel."

Was die Altersstufen anlangt, in denen die Komplikationen beider Geschwülste von Hertel beobachtet wurde, so verteilen sie sich folgendermaßen: zwischen 35 bis 40 Jahren 2 mal, zwischen 50 bis 55 4 mal, zwischen 55 bis 60 0 mal, zwischen 60 bis 70 Jahren 3 mal. Im ganzen also auch hier die sonst für Carcinom des Uterus bevorzugten Jahre zwischen 45 bis 55 und das Alter über 60 Jahre.

Herbert Krüger (1) sammelte aus der Literatur samt den eigenen 23 Fällen 148 Fälle. Davon waren 106 Fälle von Corpuskrebs mit Myom kombiniert, während die Erkrankung des Collum bloß mit 42 Fällen vertreten war.

Kerr (1) fand bei 200 Myomhysterektomien 9 mal maligne Neubildungen, und zwar 2 Sarkome, 6 Corpuskrebse und 1 Collumkrebs.

Ich wende mich endlich zum Material, welches mir aus der Frauenklinik der Charité zur Verfügung gestellt worden ist. Es sind innerhalb der letzten neun Jahre 528 operierte Myomfälle zu verzeichnen, darunter sind 22 Myomatöse Uteri mit Cervix- resp. Corpuscarinomen kombiniert, also in über 4% der Fälle ist aus unserem Material eine Kombination von Myom und Carcinom des Uterus zu beobachten. Die Zahl der reinen Uteruscarcinome beträgt 195, davon sind 18 Fälle mit Corpuskrebs, die übrigen 177 sind Portio- resp. Cervixkrebs, es sind also die Corpuscarcinome in 9,2% der Uteruscarcinome überhaupt. Wir wollen nun die oben erwähnten 22 Fälle von myomatösen Uteris, die gleichzeitig mit Ca behaftet sind, betrachten. Der besseren Uebersicht wegen führe ich das Material in 2 Gruppen geteilt an. Die zunächst zu besprechende Gruppe

umfaßt 14 Fälle von Uterusmyom, das mit Carcinom Collum kombiniert ist. Es sind nämlich folgende:

Fall 1. Fr. T., 54 J., aufg. 11. 10. 05. Im Jahre 1880 Unterleibsleiden, angeblich Abort. Ment. mit 16 Jahren, regelmäßig, mit 50 Jahren plötzliches Aufhören der Regel. 10. 10. 05 wieder Blutung. 6 normale Entbindungen, 6 bis 8 Aborte. Seit Ende August Ausfluß, Schmerzen im Kreuz, große Mattigkeit. Blasse Frau. An Stelle der hint. Mmlippe dreimakstückgroße wuchernde Fläche. Uterus nicht vergrößert, nach der rechten Seite durch einen derben Kranz leicht fixiert. In biden Parametrien, bes. rechts, geringe Resistenz. 16. 10. 1905: Modifizierte Wertheimsche Operation mit Beckenausräumung. Befund: Ganz kleines Corpusmyom, Carcinom der Hinterlippe, nur eine Hälfte vorhanden. 17. 10.: Geringe Druckempfindlichkeit der rechten Nierengegend, Tomponade entfernt, sehr blutig. 19. 10.: Puls und Temperatur nicht wesentlich erhöht. 22. 10.: Urin läuft gut ab, Temp. 37,6, Schmerzen in der rechten Seite geringer. 30. 10.: Dauerkatheter entfernt, Pat. kann keinen Urin lassen. 31. 10.: Schmerzen in der Harnröhre, läßt spontan Urin. 1. 11.: Durchfälle. 9. 11.: Der letzte Ureterfixationsfaden wird entfernt, Spülung der Blase. 20. 11.: Scheide hint. geschlossen, noch etwas granuliertes Gewebe mit einzelnen Leidenfäden. Geheilt entlassen.

Fall 2. Wil. Albert, 45 Jahre alt, aufg. am 1. 3. 1906. Menses mit 14 Jahren, regelmäßig normal bis Oktober 1905. Portus 1 normal, kein Abort. Im Oktober 1905 verlor Pat. außer der Regel Blutstücke und blutet seitdem beständig etwas. Die Periode trat wieder regelmäßig auf, nur meint Pat., daß sie mehr Blut als früher verliert. Wegen der Blutungen in ärztlicher Behandlung. Bei der Cohabitation leichte Blutung. 17 Jahre steril verheiratet. An Stelle der Portio befindet sich eine talergroße Wucherung, welche sich hart anfühlt, bei Berührung leicht blutet und einem Blumenkohlgewächse im Aussehen gleicht. 6. 3. Modifizierte Wertheimsche Operation mit Beckenausräumung. Diagnose: Portio- und Cervixcarcinom, kleine Mynome im Uterus. Der Uterus war fest am Beckenboden fixiert, Porometrien in bindegewebige Schwiele verwandelt. Puls nach Operation klein, regelmäßig, Atmung beschleunigt Kochsalzinfusion (500ccm). 7. 3.: Aufstoßen, Zunge etwas belegt, heftiger Durst, Atmung noch frequenter (60), Puls klein, unregelmäßig, trotz Kampher und Coffein, 1 Strychnin-Inj., Kochsalzinfusion (500), 3½ p. M. Exitus letalis. Sektionsbefund: beide Ureteren unverletzt, erweitert. Die Drüsen auf den großen Gefäßen unverändert. An der rechten Beckenwand ein taubeneigroßer Krebsknoten, Peritoneum spiegelnd glatt, keinerlei Zeichen von Peritonitis vorhanden. Fettdurchwachsung und fettige Degenera-

burg, 1893.
tion schlaffen Herzmuskels. Fettige Entartung in Niere und Leber. Keine freien Blutungen.

Fall 3. Fr. R. K., 41 Jahre alt, aufg. 12. 12. 07. Mutter an Ca. gestorben. 1889 Gallensteinkoliken. In den Jahren 1905 und 1907 Lungenentzündung, Menses mit 14 Jahren, regelmäßig 3 bis 4 Tage lang. Letzte im November 1907. 1 Partus im Jahre 1889, kein Abort. Seit September 1907 blutig wässeriger Ausfluß, der seit November blutig ist, dazu Schmerzen. 21. 12. 1907 Modifizierte Operation nach Wertheim. Diagnose: Apfelgroßes Fundusmyom, Kystoma ovarii beiderseits, Cervixcarcinom beider Wände, Ca in den Drüsen. Die Carcinommassen an der Cervix teilweise vereitert. Befinden nach der Operation gut. 27. 12. Temperatur, die Bauchwunde mußte wegen Eiterung geöffnet werden. Bauchwunde klafft, schmirig belegt. Pfennigstückgroße Oeffnung in der Fascie, durch welche man noch rechts in eine reichlich eiterentleernde Abscßhöhle kommt. Die Wundränder in der Scheide klaffen an zwei Stellen, rechts oben eine 10 cm lange, etwas eiterentleernde Wundhöhle. 30. 12. In linken Scheidengewölbe gelangt man durch eine Wundöffnung in eine ca. 6 cm lange Abscßhöhle. Tamponade. 7. 1. 08. Tamponade, täglich Blasenspülung. 17. 1. Bauchwunde durch Heftpflaster zusammengezogen. 25. 1. (Bauchwunde) verklebt sich gut. Pat. steht auf, Cystis unverändert. 15. 2. Bauchnarbe bis auf die letzten 5 cm, in denen das oberflächliche Epithel noch nicht geschlossen. Keine Sekretion aus der Scheide. Man gelangt in die Abscßhöhlen rechts und links. Beim Blasenspülen ist der Urin zum Schluß noch trübe, Allgemeinbefinden gut, geheilt entlassen.

Fall 4. Frau Hagen, 62 Jahre alt, aufg. 19. 3. 1908. Seit 10 Jahren Gebärmutterknäung, trug deshalb einen Ring. Menses mit 10 Jahren, regelmäßig 3 bis 4 Tage, letzte vor 10 Jahren. Geburten: 4 normale, letzte vor 30 Jahren, kein Abort. Seit September 1907 leichte Blutungen, seit 8 Tagen starke Blutung. Seit längerer Zeit schlechter Stuhl, nachts oft Schwitzen. Die Porti ist unregelmäßig. Cervicalkanal bildet eine Höhle, die sich schwammig anfühlt und Raum für das 1. Fingerglied bildet, dabei geringe Blutung. Uterus beweglich, sehr kleines Corpus. 28. 3. 08. Wertheimsche Operation in Lumbalanästhesie und Narkose. Subkutane Kochsalzinfusion (1500 ccm). Die Die Untersuchung ergab Ca. der Portiv und ein ganz kleines Myom im Fundus. 4. 4. Pat. befindet sich dauernd wohl. 6. 4. Täglich Blasenspülung. 13. 4. Ueber der rechten Lunge hinten unten geringe Dämpfung und einige Geräusche. 14. 4. Pat. fühlt sich wohl. 23. 4. Primär geheilte Bauchnarbe. Scheidennarbe ebenfalls glatt verheilt, rechts fühlt man an der Beckenwand einen ca. pflaumengroßen beweglichen Tumor (entzündliches Infiltrat). Geheilt entlassen.

Fall 5. Fr. Sch., 54 Jahre alt, aufg. 22. 5. 1908. Menses mit 14 Jahren, regelmäßig, öfter, alle 8—14 Tage sehr stark. L. M. 25. 3. 1908. 1877 und 1878 normale Geburt. 2 Aborte, letzter 1888. Wegen starker Blutung in der Frauenklinik in Hannover vom 16. 3. 1908 bis 18. 9. 1908 «Operation». Blutung hörte auf, es besteht bräunlicher Ausfluß. Da Nachbehandlung empfohlen wurde, kommt Pat. her. Portio wird überlagert von der Scheide. Man sieht nur eine kleine, leicht blutende Pasche. Uterus in seiner Größe nicht deutlich abzustatten, statt dessen fühlt man einen mit 4 und mehr Knolten versehenen ziemlich leicht verschieblichen, etwas nach rechts ragenden, fast kindskopfgroßen Tumor. Links fühlt man ein gestieltes, wie ein Ovarium sich anfühlendes Gebilde. Rechte Adnexe nicht mit Sicherheit von einem der gefühlten Knoten differenzialdiagnostisch zu unterscheiden. 3. 7. 1908 Operation nach Wertheim. Diagnose: großes Cervixcarcinom und Multiple Corputmyome. 4. 7. Magenspülung, Kochsalzinfution. 8. 7. Temperatur, Puls, Allgemeinbefinden besser. 13. 7. Links hinten unten Knarren. 25. 7. Aus dem z. Wundwinkel etwas Eiter. 2. 8. Eiterung geringer, Cystitis. 9. 8. Wundhöhlen im Becken haben sich gut gereinigt, fast völlig zusammengekrampft, Cystitis etwas gebessert. 17. 8. Operationswunde gut verheilt, in der Scheide die parametralen Höhlen geschlossen. Geringe Cystitis. Geheilt entlassen.

Fall 6: Fr. B. 53 Jahre alt, 5. 9. 1908 aufgen. Bisweilen Kopfschmerzen, soweit gesund. Menses: Mit 16 Jahren, regelmäßig 3 Tage, letzte vor 5 Jahren. 2 Entbindungen, letzte vor 26 Jahren. Seit ¼ Jahr Schmerzen im Leib, anhaltende, wenn auch geringe Blutungen. Seit 3 Wochen Appetitlosigkeit, Magenschmerzen, Schlaflosigkeit. Schleimhaut der Scheide an der Portio wie angenagt, eigentliche Portio verschwunden. Statt dessen sieht man eine Höhle mit Granulationen, die leicht bluten. Scheidenschleimhaut gerötet mit kleinen popillösen Wucherungen bedeckt, bes. rechts. Auf der hinteren Wand bis 7 cm vom Eingang der Vulva befinden sich dieselben. Im Porometrium links und rechts Infiltrate, Uterus beweglich. 9. 9. 1908 Operation nach Wertheim. Diagnose: Ca cervisis und Myom der rechten Wand hinten, Ca der Ovarien. 10. 9. Kochsalzinfektion (1000), Tampon und Verband blutiger, oberer Wundwinkel wenig klaffend, keine Sekretion. 22. 9. Befinden gut. 28. 9. Feste Bauchnarbe, Scheidenwunde leicht belegt, geheilt entlassen.

Fall 7: Fr. M., 29. J. aufgen. 6. 11. 1908, Menses: Mit 14 Jahren, regelmäßig. Seit der letzten Entbindung keine Regel mehr. 2 Portus im J. 1907 u. 1908, kein Abort. Seit der letzten Entbindung weißer Ausfluß, in den letzten Tagen geringe Blutung, seit der Untersuchung stärker geworden. An Stelle d. Portio ein apfelgroßer, stark

blutender Tumor, der die Scheide ausfüllt und z. T. mit gelbem Belag bedeckt ist. Blase frei, Tumor beweglich. Im rechten Scheidengewölbe ein Infiltrat, das nicht ganz bis an die Beckenwand reicht. 14. 11. 1908, Operation nach Wertheim. DDiagnose: Carcinoma cervicis, doppelseitige Adnextumoren, ein Kirschkerngroßer Myom in der Vorderwand. 14. 11. Allgemeinbefinden gut, 22. 11. Pat. steht auf. Befinden gut. 3. 12. Urin sehr trübe, Album. +. 13. 12. Urin bessert sich. Im Sediment massenhaft Eiterkörperchen. 16. 12. geheilt entlassen.

Fall 8: Fr. Anna U., 39 J., aufgen. 5. 1. 1909. Seit 20 Jahren geschwollene Füße, Kopfschmerzen, Menses: mit 11 Jahren, regelmäßig bis Oktober 1908. Seit 8. 12. 1908 dauernd Blutung. 5 normale Geburten. Nach der letzten Entbindung 1905 starke Kreuz- und Leibschmerzen, Blutungen, Erschwerung des Stuhlgangs, Nieren- und Blasenschmerzen. 16. 1. 1909, Wertheimsche Operation. Diagnose: Carcinoma portionis, großes metrit. Corpus, kleines Myom im Fundus. 20. 1. Beine geschwollen. 24. 1. Kotabgang aus der Scheide. 29. 1. Eröffnung eines Bauchdeckenabcesses. 8. 2. Temp. 39,0, Bronchitis rechts. 10. 2. Lunge frei; an der Hinterwand der Scheide linsengroße Fistel, hintere Wand der Harnröhre fehlt vollkommen. 27. 2. Seit 4 Tagen Temperatursteigerung. bis 39,5, Puls 120, Allgemeinbef. unveränd. 28. 2. Anus praeternaturalis. 3. 3. Befinden sehr schlecht, Puls klein. 4. 4. Puls nur an der Carotis zu fühlen. 2 Uhr Mittags Exitus letalis. Sektion verweigert. Bei der Sektion von d. Bauchwunde aus: Eine Darmschlinge ist in die Bauchwunde eingenäht und gut verheilt. Zwischen Rectum und hinterer Beckenwand u. l. u. r. vom Rectum Abceßhöhle, 1 cm große Scheiden-Rectum-Fistel, ebenso große Blasenscheidenfistel. Einige Infarkte in d. r. u. l. Niere, rechtes Nierenbecken und Ureter mit Eiter angefüllt. Leichte Endocorditis.

Fall 9: Anna Sch., 49 J., aufgen. 1. 5. 1909. Seit Kindheit Magenkrämpfe. Seit Jahren Gebärmutterknickung, 1894 Eierstockentzündung, leidet schon lange an Ausfluß. Menses mit 13 ahren, früher regelmäßig alle 4 Wochen, 8 Tage lang, mäßige Blutung. Seit 20 Jahren unregelmäßig und häufig, alle 14 Tage. Vorletzte Periode vor 4 Wochen, letzte vor 14 Tagen. 4 Entbindungen- letzte vor 11 J. 2 Kinder leben. Blut., Ausfluß und Schleim, Blut. hält bis zum 1. 5. an, seit 3 Tagen heftige Leib und Kreuzschmerzen. Seit 2½ Jahren übelriechender Ausfluß. Portio ist in einen unregelmäßig zerklüfteten Krater verwandelt, Ränder hart. Die also rote Fläche blutet. Uterus am r. Porometriem fixiert, im übrigen beweglich, etwas vergrößert, derb. 15. 5. Wertheimsche Totalextirpation in Lumbalonästhesie u. Narkote. Befund kleines Cervixnyom, l. u. r. Drüse Car-

cium (Cancroid). 19. 5. Temp. 38,9. 21. 5. Nach Entfernung des Tamponm quillt taugninolehte Flüssigk. aus der Oeffnung. Drain. Bauchwunde per priman verheilt. 22. 5. Temp. stieg auf 39,0. 23. 8. 1909 Geheilt entlassen.

Fall 10. Fr. Kl. Sch., 77 J., aufgen. 13. 2. 1909. Vor 11 Jahren Unterleibsentzündung. Vor 5 Jahren starker Husten mit Auswurf. Seit 22. 4. wegen Luis II (Ulcera cruris) mit Jodkali behandelt. Die Ulcerationen bestehen seit 8 Jahren. Mens. mit 13. J., früher regelm. alle 4 Wochen 5—7 Tage l., Blutung. Leibschmerz. Prolops. ;Seit Okt. 1908 Menopante. 1 Entb. 1883, Kind mit 11 J. an Pneum. †. Jetzt Schmerz. u. Drängen nach unten beim Husten, Stuhlverstopfung. Wassermann † † † † Portio in einen Tumor verwandelt und liegt vor d. Vulva. Die ganze vordere Fläche d. Tumors ist mit Geschwüren bedeckt, Consistenz derb. Rectal fühlt man das kleine Corpus Uteri und nach rechts herübergezogen einen harten druckempfindlichen Strang, welcher in eine ebenso druckempfindliche derbe Infiltration d. r. Beckenwand übergeht. 29. 5. In Lumbalanästhetie voginale Totalextirpation. ovceoD, ot,eniatxenia nale Totalextirpation. Befundd: Uterus klein, die Scheiden-Schleimhaut ist total mit entfernt. Ca geht auf die Vorderwand d. Portio über, Plattenepithelcarcinom. Im l. Funduswinkel kleines Myom. 30. 5. Kochsalzinfectiono (1000 ccm). 4. 6. Leib sehr aufgetrieben, nicht druckempfindlich. In der Tiefe der Scheide übelriechende Flüssigkeit. Gagetomponade. Pat. spontan Urin. 23. 8. 1908. Geheilt entlassen.

Fall 11: Fr. M. T., 46 J., aufgen. 13. 1. 1910. Mens. mit 15 J. unregelmäßig, sehr stark, dauerte oft 14 Tage. L. M. 1907, Portus, Abortus 0. Vor 3 Wochen verlor Pat. mehrere Tage hindurch Blut mit Stücken. Nach einigen Tagen stellte sich wieder starke Blutung ein. Vor 10 Tagen blutiger Ausfluß, der 7 Tage dauerte, um völlig zu verschwinden. Bei der Untersuchung in der Poliklinik begann wieder Blutung. Pat. wird mit d. Diagnose «Cervix-Ca» hierher geschickt. In der Vogina d. Port. ist etwas dunkelflüssiges Blut, l. Scheidengewölbe verkürzt. Um die Portio herum fühlt man kleine Unebenheiten. Portio blutet bei d. Berührung leicht. Rectaluntersuch. ergibt nichts besonders. 23. Pat. hat hier nie geblutet. 25. 1. Wertheimsche Operation in Lubalonästhesie u. Narkose. Es zeigt sich, daß links eine Ovarialcyste besteht. und überall starke Verwachsungen d. Uterus u. d. Adnexe z. T. mit d. Darm vorhanden sind. Der Uterus ist klein u. atrophisch, Ca der Cervix an der Vorderwand sitzt ein ganz kleines Myom. 28. 1. Pat. hat Schmerzen, 2 maliges Erbrechen, Temp. 38, Puls 127. 29. 1. Pat. atmet oberflächlich, Umschläge, Campher, Dipolen Coffein. 30. 1. Trotz Umschläge u. Exci-

tantien wird d. Puls immer schlechter. Temp. 36,9, Atm. mangelhaft, Pat. stirbt 7 Uhr abends unter Zeichen d. Herzschwäche.

Fall 12: Fr. F. 48 J., aufgen. 19. 7. 1911. Mens. mit 14 J. regelm. 8—9 Tage, sehr stark. L. M. Anfang März 1911. Partus 1 1883 normal, Kind gest., kein Abort. Seit März 1911 zeitweise Schmerzen im Unterleib auf der l. Seite, Handrang, keine Blutung, kein Ausfluß, kein Brennen beim Urinlassen, Stuhlgang normal. Gutes Aussehen, guter Ernährungszustand. Abdomen weich, leicht eindrückbar, nicht druckempfindlich. Linkes Scheidengewölbe und linke Scheidenwand vom Epithel entblößt, bluten leicht, fühlen sich hart an. Portio atrophisch. u. klein. Uterus u. Adnexe durch die fetten Bauchdecken nicht zu fühlen. Per Rectum fühlt man im l. Parametrium eine breite harte Infiltration, die zur Beckenwand zieht, während d. Parametrium frei ist. 22. 7. 1911: Extirpatio uteri totalis cum adnexis p. laparotomiam (Fascien-Querschnitt). Die Oper. gestaltete sich durch die Dicke d. Bauchdecken und die Tiefe des Operationsfeldes äußerst schwierig. Wunde per primam geheilt. Befund: Ca. d. Hinterlippe und Scheide. Kirschkerngroßes Myom im Fundus. 1. 8.: Schwellung d. linken Beines (Thrombose). Urin geht durch die Scheide ab, etwas Cystitis. 9. 9.: Bauch- und Scheidenwunde vernarbt. Im Becken keine Verdickung. Cystitis gebessert, durch Spülung behandelt. Geheilt entlassen.

Fall 13.: Fr. M. M., 51 J., aufg. 24. 5. 1912. Im Jahre 1900 Vorfallsoperation. Mens. mit 11 J. regelmäßig drei Tage lang. L. M vor 9 J. 1 Partus, 1 Abort. Pat. hat seit dem 42. Jahre keine Mensis mehr, Sept. 1911 etwas geblutet. Die Blutungen wiederholten sich seitdem alle Monate. Seit April Röntgenbehandlung. Seit Mai stärkere Blutung, keine Schmerzen. Früher Ausfluß, seit d. Menopause nicht mehr. Portio kurz, pilzförmig. Orificium unregelmäßig zerklüftet. Vordere und hintere Lippe exquisit hart. Uterus anteflektiert. Von d. Portio nach vorn und rechts seitlich bemerkt man eine unbedeutende Verdickung im r. Parametrium. Adnexe nicht zu tasten. 25. 2.: In Zumbalanästhesie: Extirpatio uteri totalis cum adnexis p. Laparot. Befund: Ca cervicis, Pyometra, kleine Myome der Vorderwand. 26. 5.: Keine Temperaturerhöhung, Wohlbefinden 27. 5.: Temp. 39,5, Puls 120, kleiner als gestern. 30. 5.: Entfernen d. Klam. Abzeß in der Wunddecke. Gegenincision in d. r. Bauchwand, Erysipel. 4. 6.: Temp. 38,5. 6. 6.: Urin getrübt, Fußgelenke angeschwollen. 7. 6.: Urin blutig. Dauerkatheter. 17. 6.: Pat. hat sich gut erholt. Wundfläche gereinigt, Gelenke frei. 28. 6.: Schmerzen im Knie. 15. 7.: Bauchwunde stellt eine 13 cm teilweise granulierte, teilweise klaffende Wundfläche dar; nirgends Druckempfindlichkeit, Urin klar. Geheilt entlassen.

Fall 14: Fr. K., 60 Jahre, aufg. 7. 4. 1913 . Mens. mit 16 Jahren alle 4 Wochen 3—4 Tage lang. Seit Januar 1913 Menopause. Entbind. 3, letzte 1889. Seit April 1912 ist Pat. regelmäßig menstruiert gewesen. Dann trat bis Oktober eine Pause ein. Nov., Dez., Januar trat die Regel wieder auf und ??,?? seitdem ausgesetzt. In den Pausen von April bis Oktober, namentlich aber seit Januar 1913, bemerkte Pat., daß sie .fters Tropfen Blut verlor. Schmerzen hat Pat. nicht gehabt, nur beim tieferen Einführen d. Scheidenrohres trat ein plötzlicher Schmerz auf, in der Flüssigkeit bemerkte sie Blut und Flocken. Allgemeinbefinden gut. Kommt wegen Blutung hierher Valva klafft etwas. Portio ist pilzförmig, die hintere Lippe ist extro- Valva klafft etwas. Portio ist pilzförmig, die hintere Lippe ist ektropioniert durch einen in ihrem Bereich aus dem Cervixkanal herauswuchernden Tumor, der bei der Berührung leicht blutet und von bröckeliger Konsistenz ist. Nach hinten geht der Tumor etwas auf die Scheide über, läßt aber die Schleimhaut intakt. Uterus etwas vergrößert, liegt nach hinten. Beide Parametrien frei. 10. 4.: Extirp. Uteri sine adnexis p. vaginam. Befund: Kleines Ca beider Mmlippen, kleines Fundusmyom, Temp. nach Oper. leicht erhöht, starker Ausfluß aus der Scheide. 22. 4.: Eitriges Sekret in reichlicher Menge, d. Scheidengrund granuliert. Keine Infiltration in den Parametrien. Geheilt entlassen.

Aus diesem Material können wir nun folgendes entnehmen: Da die Zahl der operierten Collumcaricinome überhaupt 177 beträgt (s. o.), die Zahl der Collumcarciome, welche mit Myom kombiniert sind, 14 ist, so ist vor allem festzustellen, daß in 7,3 % der Fälle das Collumkrebs mit Myom kombiniert. Was die klinischen Symptome dieser Fälle betrifft, so, wie aus den Krankheitsgeschichten hervorgeht, stehen obenan die unregelmäßigen resp. die postklimakterischen Blutungen, dann Ausfluß und Kreuz- bzw. Leibschmerzen, die sich in den meisten Fällen bemerkbar machen. Besonders hervorzuheben ist der Fall 13, wo die betreffende Frau wegen Blutungen in der Menopause mit Röntgenstrahlen behandelt wurde und wo die Blutungen sich nachher noch verstärkten Außer diesen Erscheinungen hat der Befund an der Portio bzw. Cervix selbst die Indikation zur Radikaloperation abgegeben. Das Collum war bald verdickt, bald unregelmäßig zerklüftet oder geschwürig zerfallen, und bei Berührung leicht blutend. Der Verlauf nach der Operation war meist gut, abgesehen von manchen leichten Komplikationen, von Cystitis (F. 3, 5, 12) oder

Absceßbildung (Fall 3), Bronchitis usw., und 11 Frauen wurden geheilt entlassen.

Was die 3 Todesfälle anlangt (F. 2, 8 u. 11), so handelt es sich, wie die Sektion ergab, in dem einen Fall um fettige Degeneration des Herzmuskels, der Niere und Leber, in dem anderen um Niereninfarkt und Endocarditis (außerdem waren noch Scheiden-Rectum- und Blasen-Scheidenfistel), in dem dritten um Herzschwäche. Im letzten Falle fand sich bei der Operation eine Ovarialcyste und ausgedehnte Verwachsungen des Uterus und Anexe mit dem Darm.

Wir gehen nun über zur zweiten Gruppe unseres Materials, wo es sich um 8 Fälle von Kombination beider Geschwülste am Corpus uteri handelt.

Fall 1.: Fr. Sch., 65 J., aufgen. 18. 2. 1909. Mens. mit 16 J., regelmäßig. 1 Abort vor 34 Jahren. Keine Entb., seit Oktober schwache Blutung. Vor 9 und 7 Tagen zwei sehr starke Blutungen Seit 4 Wochen starke Leibschmerzen, keine sonstigen Beschwerden Portio klein, infantiler Mm. klein eng, geschlossen, spärliche Blutungen. Im r. Scheidengewölbe fühlt man einen derben Tumor, dicht an der Cervix. Corpus uteri fühlt man als sehr harten unbeweglichen Tumor im hinteren r. Scheidengew.lbe. Adnexe nicht zu tasten, Parametrien frei. Rectal fühlt man deutlich das im r. Douglas liegende Corpus uteri, Beckenwände allseitig leicht abzutasten. 2. 3.: Operation nach Wertheim. Befund: Uterus mit zahlreichen Myomen, Adenocarcinom des Corpus. 5. 3.: Urin blutig. 8. 3.: Kochsalzinfusion 3100 ccm), Operationswunde leicht gerötet, Temp. 38,9. Entleerung von 30—40 ccm trüber, sanguinolenter Flüssigkeit. 10. 3: Abzeß setzt sich zu. Unterhautbindegewebe und Fascie fort. Kochsalzinf. (1500 ccm). 11. 3.: Oedem d. l. großen Schamlippe. 24. 3.: Pat. steht auf. 25. 3.: Cystitis (Blasenspülung). 28. 3.: Schüttelfrost, Incision d. l. Labie. 29. 3.: Blasenscheidenfistel, ebenso besteht Communication d. Cavum uteri mit d. Abzeß d. l. Labie. Letzterer steht auch mit der Bauchwunde durch einen Gang in Verbindung. 10. 4.: Wunde reinigt sich. 15. 4.: Pat. kann Urin lassen. 19. 4.: Eitrige Cystitis, Blasenspülung. 5. 5.: In der Mittellinie, oberhalb d. Lymphye eine nicht ganz geschlossene Narbe. Pat. ist schwach. fühlt sich aber wohl. 5. 5. geheilt entlassen.

Fall 2: Fr. H., 56 J., aufgen. 26. 7. 1909. Mens. mit 11 J., regelmäßig. Seit 5—6 J. Menopause. 2. Partus, 1 Kind lebt, Entb. normal.

Seit 3—4 Wochen leidet Pat. an Ausfluß, der angebl. weißgelblich war, übel roch und blutig wurde. Keine Schmerzen. 20. 7.: Abratio in d. Poliklin. Diagn.: Ca cervicis. Abgemagerte schwächliche Frau, Scheide eng, senil atrophisch. Die kleine harte Portio verschwindet hinter einer ringförmigen Verengung der Scheide. Uterus klein, Parametrien, Tuben Ovarien frei. 28. 7.: Wertheimsche Total-Extirpation in Lumbalanästhesie. Befund: Carcinoma corporis und verkalktes, wallnußgroßes Myom. Adnexe verwachsen. 29. 7.: Urin sanguinolent, Puls irregulär. 30. 7.: Digalen und Na Cl (1000). 1. 8.: Puls unregelmäßig (Strophantus). 2. 8.: Durst, sonst Wohlbefinden. 7. 8.: Blutiger Ausfluß (Scheidenspülung). 9. 8.: Durchfälle. 17. 8.: Urin wird spontan gelassen. Aufsitzen. 22. 8.: Täglich Blasen- und Scheidenspülung; aus der Scheide werden reichliche nekrotische Gewebsfetzen entfernt. 13. 9. geheilt entlassen.

Fall 3.: Fr. F., 45 J., aufgen. 27. 5. 1910. Menses mit 17 Jahren, mit 40 Jahren Menopause. Partus, Abortus0. Seit 2 Jahren unregelmäßige Blutungen. Herbst 1905 fünf Monate lang im Krankenhause, wo Pat. ausgekratzt wurde. Seit ½ Jahre Ausfluß, der öfters blutig, aber nicht übelriechend ist. Scheide atrophisch. An der vorderen und hinteren Mmlippe einige harte Unebenheiten. Aeußerer Mm. für die Fingerkuppe durchgängig. Uterus twas rechts gezogen und fixiert. Rectum sonst gegen den Uterus verschieblich. Uterus gegen die Blase frei. 11. 6.: Wertheimsche Operation in Lumbalanästhesie und Narkose. Befund: Ca. corporis et cervicis. Uterus mit Myom, Ca. d. Fimbrien und Portio. Alles vom Adenocarcinom des Corpus ausgehend, nur das der scheint primär zu sein. 13. 6.: Sekretion sehr reichlich, Leib weich, in den unteren Partien geringe Spannung mit Druckempfindlichkeit. 17. 6.: Wunde glatt verklebt. 22. 6.: In der Mitte der Wunde hat sich ein Abzeß gebildet, der geöffnet wird. 5. 7.: Hautwunde fest und glatt verheilt. In der Mitte der Wunde eine pfenniggroße offene Stelle. Hintere Scheidenwand fett vernarbt. Narbe noch etwas infiltriert, sonst Parametrin weich. Geheilt entlassen.

Fall 4: Fr. Anna H., 53 J., aufgen. 23. 9. 1910. Operiert wegen Ovarialtumor im Jahre 1906. Mens. mit 12 Jahren alle 3—4 Wochen. Seit 1906 ausgeblieben, begann 1909 wieder. Seit 10 Wochen wieder geblieben. Kein Partus, kein Abort. Seit 17 Monaten Schmerzen in der rechten Seite, etwas Ausfluß. Uterus anteflektiert. Fundus hart, links und rechts starke Ausbuchtungen. Uterus schwer herunterzuziehen. Bei der Sondierung starke Blutung. Man fühit mit der Sonde rauhe Stellen. 29. 9.: Abdominale Total-Extirpation in Narkose. Befund: Carcinom d. Corpus mit Myom. 3. 10.: Tampon entfernt, kein Fieber. 10. 10.: Steht auf. 14. 10.: Bauchwunde glatt

und fest vernarbt, hintere Scheidenwunde granuliert noch. 15. 10.: In der Scheide schleimig eitriges Sekret. Hinterer Scheidenstumpf zeigt Granulationen. Blase o. H. Geheilt entlassen.

Fall 5: Fr. B., 43 J., aufgen. 24. 6. 1911. L. M. am 6. Mai 1911. April und Mai im Krankenhaus wegen Thrombose d. rechten Beines, sonst stets gesund. Mens. mit 13 J. Kein Partus, Abortus 1 (1892 I. Mon.) Seit 2 Jahren unregelmäßige Blutungen außerhalb der Menses, die seit März d. J. sistieren. Seitdem starker Ausfluß, Urin oft erschwert. In der Scheide etwas flüssiges Blut. Portio ist enorm vergrößert, beinahe faustgroß. Im Muttermund fühlt man einen Knoten, der der linken Cervixwand aufsitzt. Uterus ist von knolligen Geschwülsten durchsetzt, reicht ungefähr bis zum Nabel hinauf. Blase hoch hinaufgezogen. 27. 6.: Extirpatio uteri totalis cum Adnexis p. laparotomiam in L.-Anästhesie und Narkose. Befund: Uterus myomatosus mit Corpus carcinom, Cervixmyome, Hypertrophie. 30. 6.: Puls kräftig, Befinden gut. 2. 7.: Entfernung d. Klammern, Wunde primär geheilt. 13. 7.: Allgemeinbefinden gut, Knöchelödem. 31. 7.: Scheide lang, Narbe fest, im l. Parametrium wallnußgroße Resistenz. sonst Parametrien frei. Geheilt entlassen.

Fall 6: Fr. Z., 54 J., aufgen. 1. 8. 1911. Menses mit 11 J., regelmäßig 3—4 Tage, sehr stark, etwas Kreuzschmerzen. L. M. vor 2 Jahren. Partus 1883 normal, Kind lebt, kein Abort. Im Dezember 1909 heftige Schmerzen im Unterleib mit hohem Fieber und dauernden Blutungen. Seit einem Jahre stinkender Ausfluß und Schmerzen im Rücken. Vor 14 Tagen äußerst heftige Blutungen, bis jetzt andauernd, aber allmählich geringer werdend. Auffallend blaß, leidlich gut ernährt. Abdomen weich, nirgends druckempfindlich. Alter Dammriß, Scheide kurz, die Portio ist in einen pflaumengroßen, teilweise mit nekrotischen Fetzen bedeckten Tumor verwandelt, dessen Konsistenz derb ist. Mm. nimmt die Fingerkuppe auf, Cervix ebenfalls zerfallen, Uterus nicht vergrößert, anteflektiert und in seiner Beweglichkeit beschränkt. Im l. Parametrium hinten eine Resistenz, die nicht ganz bis an die Beckenwand herangeht. 3. 8. 1911: Extirp. uteri totalis cum adnexis p. laparotomiam (Fascien-Querschnitt), Uterus durch doppelseitige alte Salpingitis und peritoneale Verwachsungen fixiert, fest im Becken, daß ein Hervorziehen nicht möglich ist. Lösung der Adhäsion im Douglas. Befund: Ca. cervicis ex Corporis uteri. Metastase im l. Ovarium, in der rechten Hälfte des Corpus ein hühnereigroßes Myom. 3. 8.: Puls 110, kräftig, Temp. 39. 4. 8.: 40,2. Erbrechen, Urinmenge 100 ccm. 10. 8.: Umgebung der Wunde entzündet und gerötet. Entfernung von Eiter und Gasblasen. 11. 8.: Sensarium stark benommen. Temp. 38, Puls 110, unregelmäßig. Digaleninjektion, Kachsalzinfusion (1000 ccm). Beim Verbands-

wechsel zeigt sich oberhalb der Darmbeinschaufel eine Phlegmone, die incidiert wird. Man sieht nekrotisches Gewebe, aus welchem kein Eiter entleert wird. 12. 8.: Exitus letalis. Sektionsbefund: Schlaffes Fettherz, geringe Endocarditis mitralis, geringe Sklerose der Aorta, starkes Lungenödem beiderseits. Frische diffus-eitrige Peritonitis. Verfettung der Leber und Nieren, septische Milz.

Fall 7: Fr. T., aufgen. 17. 3. 1913. Menses mit 17 J., regelmäßig, 3 Tage lang. Vor 1 J. Menopause. 8 normale Entbind., letzte vor 12 Jahren, kein Abort. Im Januar Blut. 8 Tage lang. Blutungen und Schmerzen auch im Februar. Blut. dauert bis jetzt. Seit 8 Tagen sehr heftige Schmerzen, die Wehen gleichen. Seit 5 Tagen gelblicher Ausfluß, der Brennen in der Scheide verursacht. Zweimal Schüttelfrost. Portio ist kurz, aus ihr heraus hängt ein mandarinengroßer, sich bröckelig weich anfühlender, zerklüfteter und nekrotisch zerfallender Tumor. Derselbe läßt sich über den inneren Muttermund hinaus mit dem Finger verfolgen und allseitig von der Cervix abgrenzen. Uterus mannskopfgroß, derb, beweglich. 20. 3.: In Lumbalanästhesie wird mit dem Finger in die Uterushöhle eingegangen und die nekrotischen Myommassen ausgeräumt. 21. 3.: Temp. noch erhöht. 25. 3.: Temp. normal, Cervixkanal geschlossen. Reichliche Absonderung aus dem Uterus. Die mikroskopische Untersuchung des Tumors ergibt Adenocarcinom. 29. 3.: Extirp, uteri cum adnexis p. vaginam. 4. 4.: Bei der Untersuchung findet man eine undeutliche Resistenz im Douglas und nach dem linken Parametrium zu. Urin trübe, sanguinolent. 11. 4.: Der linke Adnexstumpf infiltriert, Urin klar, beschwerdefrei; geheilt entlassen.

Fall 8: Fr. W., 45 J., aufgen. 16. 4. 1913. Mens. mit 14 J. alle 4 Wochen 3 Tage lang. Entbind. 3. 1 u. 2 spontan, 3. e. manuelle Extirpation wegen Steißlage, 1 Abort. Seit ¼ Jahr Kreuzschmerzen, die ins rechte Bein ausstrahlen. Behandlung mit Bädern und Bestrahlung ohne Erfolg. Allgemeinbefinden und Verdauung in Ordnung. Uterus wenig verbreitert, gering dextrovertiert, beweglich. In der Gegen der l. Adnexe ein cystischer, gut abgrenzbarer hühnereigroßer Tumor, der sich gegen den Uterus und die seitliche Beckenwand gut abgrenzt. 17. 4.: Extirp. Uteri cum adn. sin. per laparotomiam. Befund: Kleiner myomotäter Uterus, links Hydrotalpinx. Nach Aufschneiden des Uterus zeigt sich das Cavum fingerbreit erweitert, mit blutig schmierigem Inhalt. Die Innenwand der Höhle stark zerklüftet, mit Gewebsauflagerungen bedeckt. Die Muskulatur ist namentlich in den höheren Partien markig infiltriert. Eine mark. Infiltration scheint auch an der hinteren Mmlippe zu sitzen. Die Diagnose lautet: Uterus myomatatus et Carcinoma corporis. 24. 4.: In der Mitte des Bauchschnittes kleiner Eiterherd, der oberhalb der Fascie liegt. Eröffnung. Fascienwunde per secundam geheilt.

Scheidenwunde völlig angelegt, secerniert nicht mehr; geheilt entlassen.

Betrachten wir nun unser eben angeführtes Material, so ist vor allem hervorzuheben, daß der Prozentsatz der Corpuscorcinome, die sich mit Myom kombinieren, im Vergleich zu den Collumcarcinomen (mit derselben Kombination) viel größer ist, als in den letzteren. Während die Collumcarcinome am unteren Material sich nur in 7,3 % (s. o.) mit Myom kombinieren, so ist das Vorkommen von Corpuscarcinom mit Myom eine ungemein häufigere Erscheinung, und zwar kommen auf 26 Fälle von Corpuscarcinom (darunter 18 reine Fälle) 8 mit Myom, d. h. in 30,7 % der Fälle ist Corpuskrebs kombiniert mit Myom.

Berücksichtigen wir ferner das Verhältnis zwischen den gewöhnlichen Corpuscarcinomen und denjenigen, die gleichzeitig mit Myom behaftet sind, so ist festzustellen, daß während die ersteren, wie aus dem Charité-Material hervorgeht, nur in 9,2 % (s. o.) der Uteruscarcinome überhaupt vorkommen, die Häufigkeit der letzteren 36,3 % der Fälle ausmacht (8 auf 22), d. h. also die Häufigkeit der Corpuskrebse in myomatösen Uteris ist fast viermal so groß wie sonst.

Das Resultat dieses Materials ist somit prinzipiell identisch mit dem der sonstigen statistischen Angaben.

Ich halte es infolgedessen für berechtigt, auf Grund sowohl der oben angeführten Kasuistik, wie des eigenen, in dieser Richtung völlig überzeugenden Materials, mich der Annahme anschließen zu dürfen, es habe das Myom am Uterus einen unzweifelhaften Einfluß auf die eventuell zu gleicher Zeit vorkommende maligne Degeneration der Schleimhaut des Corpus uteri.

Wollen wir nun eine Uebersicht der klinischen Symptome bezüglich der zweiten Gruppe unseres Materials geben. Es handelt sich hier zunächst um Frauen, die schon im oder kurz vor dem Klimakterium stehen (die jüngste Pat. ist 43 Jahre alt, die älteste 65 Jahre). Die Menses haben meist rechtzeitig begonnen mit regelmäßigem Verlauf. Nur in 2 Fällen fing die

Periode erst mit 17 Jahren an. Aborte (je einer) waren in 3 Fällen. Fast alle Frauen gingen wegen ihrer unregelmäßigen Blutungen, die zum Teil sich in der Menopanse einstellten, in ärztliche Behandlung. Als nächstes Symptom sind die Kreuz- bzw. Leibschmerzen, sowie Ausfluß (weiß-gelblicher bis blutig-stinkender).

In den meisten Fällen waren die zugänglichen Teile des Collum uteri verunstaltet: entweder war die Portio vergrößert, fühlte sich wie ein Tumor an, oder verengt und blutete leicht, oder aber man konnte Knoten an der Cervixwand bzw. Zerfall feststellen. Daß es sich gerade um Carcinom des Corpus handelt, war nicht in allen Fällen ohne weiteres klinisch zu entscheiden, wenn auch das Corpus in einigen Fällen als derber Tenor imponierte oder unbeweglich war und mit der Umgebung verwachsen. In 2 Fällen wurde die Abratio gemacht (vor der Operation) und die Schmerzen blieben bestehen. In einem von diesen wurde die Diagnose „Ca cervicis" (F. 2) in der Poliklinik gestellt. In einem Falle (F. 7) erwiesen sich die nekrotischen Massen, die aus dem Cervixkanal heraushingen erst nach der Ausschabung als Odenocarcinom. Eine Frau (F. 8)) wurde wegen ihrer Beschwerden vor der Operation mit Bädern und Röntgenstrahlen behandlet, aber ohne Erfolg. Erst die Totalextirpation des Uterus, die in diesen Fäll enausgeführt wurde, machte ein Ende dem Leiden der Patientinnen, und zwar wurden 6 Frauen als geheilt entlassen und in 2 Fällen (5 u. 6) war der Exitus lesocir eingetreten. In dem einen Fall ergab die Sektion ein Fettherz mit Endocard. Lungenödem und eitrige Peritonitis, in dem anderen war ein Recidiv eingetreten, das das kleine Becken ausfüllte und doppelseitige Hydronephrote. Von Complikation während des Verlaufes nach der Operation ist einmal ein Absceß der Bauchwunde mit Blasenscheidenfistel und 2 mal Absceß in anderen 2 Fällen zu verohne Besonderheiten.

Wenn endlich noch die Frage beantwortet werden soll, in welcher Richtung hin in diesen komplizierten Fällen am besten vorzugehen sei, so ist wohl folgendes zu sagen. Die Radikaloperation ist die sicherste und zweckmäßigste Methode, die

im Kampf gegen das Carcinoma uteri anzuwenden ist. Wenn die Röntgentherapie sehr gute gegen manche Uterusmyome bietet, so ist sie kontrairdiciert in denjenigen Fällen, wo das Myom sich mit Ca kombiniert oder wo anhaltende Blutungen besonders in der Menopause nur den Verdacht auf Malignität erwecken. Die Resultate der Radikaloperation, wie unser Material es zeigt, sind in allen Fällen, insofern es sich nicht um weitgehende Metastasen oder anderweitige hinzutretende Komplikationen (Hydronephrose, Peritonitis usw.) handelt, völlig zufriedenstellend.

Zum Schluß möchte ich die angenehme Pflicht erfüllen, Herrn Geheimrat Professor Dr. Franz für Überlassung des Themas und manche Ratschläge meinen besten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Operative Gynäkol. von Döderlein und Krönig.
2. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 36, H. 3.
3. Charité-Annalen (Jahrg. 30, 31, 32, 35, 36).
4. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 35, S. 631.
5. Zentralbl. f. Geb. u. Gyn. 2, Sitzung vom 18. 5. 1911.
6. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 58.
7. Handb. d. Gyn. v. Veit, Zeitschr. f. Gyn., Bd. 57.
8. Veitsches Handbuch der Gynäkologie.
9. Archiv f. Gyn. 1912, Bd. 97, H. 2.

Lebenslauf.

Verfasser, Sohn des Kaufmanns Abraam Lekachowitsch, wurde in Gomel (Rußland) geboren. Mosaisch. Konfession. Sein Abiturienten-Examen hat Verfasser im Jahre 1907 auf dem 3. Gymnasium zu Moskau abgelegt. Das medizinische Studium fing er im Jahre 1908 in Königsberg i. Pr. an, wo er 5 Semester lang studierte. Seit dem 6. Semester studierte er an der Universität Berlin, wo er im August 1913 sein Doktorexamen abgelegt hat.